

Innst. S. nr. 178.

(1998-99)

Innstilling frå sosialkomiteen om ansvar og meistring - Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk.

St.meld. nr. 21 (1998-99).

Til Stortinget.

1. BAKGRUNN OG SIKTEMÅL

1.1 Samandrag

Regjeringa legg i meldinga fram strategiar for eit meir systematisk og effektivt rehabiliterings- og habiliteringsarbeid på brukarane sine premissar. Det blir uttala at rehabiliteringstilbodet i dag i for stor grad er prega av manglande planlegging og samordning, uklare ansvarsforhold og for lite medverknad frå brukarane sjølve. Målet med meldinga er å fremme sjølvstende og deltaking, og å medverke til eit verdig liv og like sjansar for menneske med funksjonsproblem eller kronisk sjukdom.

Meldinga gir ei framstilling av den generelle rehabiliteringspolitikken. Det viktigaste formålet er å leggje til rette rammevilkåra slik at det lokale tilbodet kan utviklast. Meldinga fokuserer på individretta tiltak og prosessar og vurderer grenseflater mellom yrkesretta attføring og medisinsk/sosial rehabilitering, med fokus på samarbeidsspørsmål og tilbod som kan bygge bru mellom desse.

Som viktige prinsipp og siktemål blir nemnde respekt for menneskeverdet – brukarorientering, likeverd og tilgjenge, lokal forankring og tverrsektoriell og tverrfagleg innretning.

Med utgangspunkt i eit brukarperspektiv, legg Regjeringa følgjande prinsipp til grunn for møtet mellom tenesteytar og brukar:

- Enkeltmennesket skal møtast med respekt.
- Brukaren skal bli motteken og få nødvendig assistanse der han eller ho først vender seg.
- Prinsippet om felles og ikkje delt ansvar er lagt til grunn mellom lokale instansar, og i forholdet mellom helsetenesta i kommunane og fylkeskommunane.
- Kommunen og arbeidsmarknads- og trygdeetaten har både eit særleg og eit felles ansvar for å motivere brukarane til å ta del i aktive og omgøylege arbeidsretta tiltak.

Det blir lagt vekt på at rehabilitering krev plan og systematikk både på system- og individnivå.

1.2 Komiteen sine merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Arnesen, Gravdahl, Hildeng, Kristoffersen, Skogholt og Øyangen, medlemmene fra Fremskrittspartiet, lederen og Nesvik, medlemmene fra Kristelig Folkeparti, Næss og Woie Due-sund, medlemmene fra Høyre, Helgerud og Sjøli, medlemmet fra Senterpartiet, Gløtvold, og medlemmet fra Sosialistisk Venstreparti, Ballo, er tilfreds med at det nå foreligger en stortingsmelding som skal stake ut kursen for det framtidige rehabiliterings- og habiliteringsarbeid.

Komiteen deler den oppfatning at rehabiliteringstilbudene i dag i for stor grad er preget av manglende planlegging og koordinering, uklare ansvarsforhold og for lite medvirkning fra brukerne selv.

Komiteen slutter seg til at siktemålet med den foreliggende stortingsmelding må være å sikre likeverdige tilbud til alle mennesker med rehabiliteringsbehov, og komiteen ser det som viktig at det gis rom for både langvarige og kortvarige tiltak ut fra den enkeltes behov og livssituasjon.

Komiteen ser det som viktig at brukarmedvirkning i rehabilitering utvides fra å være konsentrert om brukarorientering og brukerperspektiv til å omfatte former for medvirkning som gir brukerne størst mulig innflytelse på og kontroll over rehabiliteringsprosessen.

Komiteen deler den oppfatning at det er i kommunene de viktigste virkemidlene og arenaene for sosial deltaking finnes, og at det derfor spesielt må fokuseres på rehabilitering i kommunene, men det er komiteens oppfatning at også fylkeskommunen og staten må ha et omfattende ansvar for å sikre de framtidige rehabiliteringstilbud.

Komiteen ser det også som viktig at partene i arbeidslivet trekkes sterkere med i arbeidet med planlegging og iverksetting av rehabiliteringstilbud. Komiteen viser i denne sammenheng til den store

betydning rehabilitering og tilrettelegging på arbeidsplassen har for brukernes mulighet til å kunne være i arbeid.

Komiteen ser også behovet for at det blir tilført økonomiske midler til rehabiliteringsarbeid på en slik måte at den menneskelige og samfunnsmessige gevinst kan bli størst mulig.

Komiteen støtter i hovedsak innholdet i stortingsmeldinga. Det er etter komiteens mening et stort behov for koor dinering av rehabiliteringsarbeidet i landet samtidig som det er viktig å klargjøre ansvarsforholdene for de forskjellige deler av dette arbeidet. En samlokalisering av sosial-, arbeids- og trygdekontor i kommunene ville bidra til å lette koor dineringen av tiltakene som rettes inn mot den enkelte bruker. Rehabilitering og rehabilitering er etter komiteens mening er svært viktig oppgave innen norsk helsevesen for å kunne oppnå gode behandlingsresultater, livskvalitet for pasientene og tilbakeføring til en aktiv tilværelse for flest mulig. Komiteen vil imidlertid også understreke at ikke alt funksjonstap kan gjenvinnes, og at uførepensjon i slike tilfeller må aksepteres som den beste løsningen. En slik løsning må fortsatt gi mulighet til et aktivt rehabiliteringstilbud for å kunne opprettholde best mulig funksjonsevne og livskvalitet.

Komiteen vil understreke at rehabiliteringsarbeidet ikke utelukkende er et helse spørsmål, men i stor grad krever tverrfaglig innsats fra ulike etater på alle forvaltningsnivåer. Det er påkrevet at personell innenfor denne sektoren har nødvendig kompetanse, og komiteen mener basiskompetansen bør styrkes hos mange yrkesgrupper. Komiteen støtter tanken om å få et sentralt kompetansesenter for utvikling og spredning av bedre rehabiliteringskompetanse på alle plan.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet kan ikke støtte departementets forslag til ny finansieringsordning for rehabilitering, og disse medlemmer vil legge vekt på at de opptreningsinstitusjoner i privat regi som i dag benyttes, bør kunne regne med et pasientgrunnlag også i fremtiden. Disse medlemmer er enige i departementets målsetting når det gjelder rehabiliteringsavdelinger i det enkelte fylke, men disse medlemmer vil også påpeke at i de fylkeskommuner der det er mulig å kjøpe disse tjenestene fra private rehabiliteringssentre, bør dette gjøres. Det er derfor etter disse medlemmers mening ikke ønskelig å styre de økonomiske midlene gjennom fylkeskommunen. Dette vil kunne føre til en utbygging i fylkeskommunal regi på bekostning av de allerede eksisterende private tilbud, noe disse medlemmer ikke anser som en gunstig utvikling for di en slik konkurransesituasjon ikke gir like vilkår og muligheter for aktørene.

Disse medlemmer foretrekker en statlig finansiering der midlene følger den enkelte bruker til det behandlingstilbud som foretrekkes etter mønster av stykkprissystemet eller den såkalte innsatsbaserte finansiering som disse medlemmer vil påpeke fungerer svært godt i spesialisthelsetjenesten.

Disse medlemmer vil også bemerke at omfanget av de tiltak som foreslås i meldingen, er stort, og at kostnadene ikke er omtalt. Disse medlemmer anser at dersom alle de tiltak på alle forvaltningsnivåer som er forespeilet i stortingsmeldingen, skal gjennomføres, vil dette føre til kostnader langt ut over den bevilgning som er gitt for 1999. Disse medlemmer vil imidlertid påpeke at en bedre koor dinering av de ulike rehabiliteringstiltak bur de kunne føre til reduserte utgifter. Disse medlemmer vil derfor gå inn for en sterkere sentral styring av de ulike opplegg for rehabilitering både i stat, fylke og kommune.

2. REHABILITERINGSFELTET - EIT OVERSYN

2.1 Samandrag

Rehabilitering blir i meldinga forstått som tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogeleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet.

Målgruppene for rehabilitering er alle med funksjonsproblem som har behov for assistanse til å nå eller halde ved like sitt optimale fysiske, sansemessige, intellektuelle, psykiske og sosiale funksjonsnivå. Rehabilitering handlar både om å endre individet sine føresetnader for å fungere, og å kompensere for funksjonstap ved tilrettelegging og tekniske tiltak.

Det blir i meldinga gitt eit kort oversyn over rehabiliteringstilbodet i dag og over dei ulike aktørane i rehabiliteringsprosessen. Det blir understreka at den viktigaste aktøren er brukaren sjølv, og at i mange tilfelle spelar også dei pårørande ei svært viktig rolle. Samstundes inneber rehabilitering eit samspel mellom ei rekke offentlege instansar der eit stort tal yrkesgrupper er involverte.

Ved sidan av kommunane som har rehabilitering som ei lovfesta oppgåve i medhald av kommunehelsetenestelova, er trygdekontora og arbeidskontora viktige statlege aktørar på lokalt nivå. I fylkeskommunane har spesialisthelsetenesta ved sjukehusa eit ansvar for rehabilitering, og her vil ofte premissane for rehabiliteringsprosessen bli lagt. I fleire fylkeskommunar er det spesialsjukeheimar for pleie og omsorg for brukarar med større behov. I tillegg finst det eit stort tal opptreningsinstitusjonar, spesielle helseinstitusjonar og kompetansemiljø/-einingar som dels tilbyr kortvarige opphald som kan inngå i ein rehabiliteringsprosess, og/eller har som mål å tilføre både brukarane og det lokale tenesteapparatet større kompetanse.

Det blir gitt eit oversyn over korleis rehabiliteringsverksemda er finansiert. Dei ordnare finansieringsordningane for kommunale tilbod og for fylkeshelsetenesta finansierer ein stor del av rehabiliteringsverksemda. I tillegg er følgjande ordningar særleg relevante for rehabiliteringsverksemda:

- Folketrygda dekkjer alle utgifter til tekniske hjelpemiddel.
- Eit eige øyremerkte stimuleringsstilskot er innført for utvikling og drift av rehabiliteringsverksemda i fylkeshelsetenesta og til utskrivning av unge fysisk funksjonshemma frå sjukeheimar og aldersinstitusjonar i kommunane.
- Ei eiga støtteordning i folketrygda refunderer godkjente driftsutgifter pr. kurdøgn ved opptreningsinstitusjonane, og gir refusjon av eigenandelar til utvalde pasientgrupper.
- Spesielle helseinstitusjonar, medrekna helsesportsentra, blir finansierte 90 prosent eller fullt ut over folketrygda.
- Behandlingsreiser i utlandet for bestemte diagnosegrupper.

Som hovudutfordringar på rehabiliteringsfeltet blir nemnd:

- For liten grad av brukarmedverknad
- Mangel på systematikk og heilskapstenking
- Låg status, ulike tilnærmingar og mangelfull kompetanse
- Habiliteringsarbeidet kan betrast
- Store kommunale skilnader
- Mangel på samanhengande tiltakskjeder og -nettverk
- Institusjonar som ikkje er samordna med det kommunale og fylkeskommunale tilbodet

2.2 Komiteen sine merknader

Komiteen slutter seg til prinsippet om at brukeren selv er den viktigste aktøren i en rehabiliteringsprosess, og at de pårørende også spiller en viktig rolle i denne forbindelse. Komiteen vil bemerke at dersom dette skal fungere godt i praksis så må brukermidvirkningen legges opp slik at brukerne får størst mulig grad av innflytelse og kontroll over rehabiliteringsprosessen.

Komiteen ser det som meget viktig at faggruppene og brukergruppene har en felles begrepsoppfatning når det gjelder rehabilitering og habilitering, og komiteen mener at dette også er viktig sett i forhold til ansvarsfor delingen mellom forvaltningsnivåene i samfunnet.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Høyre og Sosialistisk Venstreparti, synes ikke at meldinga maktar å gi en definisjon av disse begrepene som sikrer en felles forståelse, og flertallet ser det som nødvendig at det blir arbeidet vidare med en bedre klargjøring av disse begrepene.

Komiteen er enig i at rehabilitering både handler om å endre individets forutsetninger for å fungere, og å kompensere for funksjonstap ved tilrettelegging og tekniske tiltak. Komiteen er også enig i at rehabilitering må sees på som tidsavgrensede prosesser, selv om rehabiliteringsprosessen kan ta lang tid.

Komiteen vil også bemerke at mange mennesker er avhengig av gjentatt rehabilitering for å kunne vedlikeholde sin funksjonsevne. Komiteen ser det som viktig at det i slike tilfeller sikres et opplegg hvor brukeren ikke faller ut av de offentlige tilbudene, men får en oppfølging som vedlikeholder et best mulig funksjonsnivå og dermed mulighet til deltakelse i samfunnet.

Komiteen er av den oppfatning at for personer med medfødte eller tidlig ervervede funksjonshemninger er det ikke logisk at en rehabiliteringsprosess skal lede tilbake til en tidligere mestringsevne. Komiteen ser det derfor som mest naturlig at begrepet habilitering blir brukt når det dreier seg om mennesker med tidlig ervervet eller medfødt utviklingshemming, og at dette også gjelder for voksne. Komiteen mener at habilitering ikke bare må knyttes til medisinsk habilitering, men at helheten i brukerens situasjon må trekkes inn i prosessen, slik også meldinga påpeker.

Komiteen er enig i at rehabilitering og habilitering er felt som lider av mangel på status og prestisje, og komiteen ser dette som en viktig årsak til at det bl.a. er store problemer med å rekruttere fagpersonell.

3. REHABILITERING PÅ LOKALT NIVÅ - EIN PLANLAGT OG KOORDINERT PROSESS MED BRUKAR I SENTRUM

3.1 Samandrag

Når det gjeld rehabilitering i kommunane, vil Sosial- og helsedepartementet:

- tydeleggjere krava til rehabiliteringsverksemda i kommunane gjennom forskrift til kommunehelsetenestelova, der det mellom anna blir stilt krav om å syte for ein samordningsfunksjon i rehabiliteringsarbeidet
- leggje til rette for utarbeiding av kommunale planar for rehabilitering som inngår i dei heilskaplege kommunale planprosessane
- setje i gang metodisk og organisatorisk forsøks- og utviklingsarbeid på lokalt nivå som også vil omfatte interkommunale tiltak og modellar
- samarbeide med partane i arbeidslivet om å utvikle ordninga med funksjonsassistentar for å finne fram til korleis ordninga best kan organiserast og finansierast i framtida
- fremme lovforslag om at kommunane skal påleggast plikt til å etablere ordninga med personleg assistent på same måten som andre sosiale tenester
- vurdere rehabilitering i sjukeheim i samheng med ei generell utgreiing om kva funksjonar sjukeheimar skal ha

Som strategiar for å skape eit samordna tilbod blir det nemnd at Sosial- og helsedepartementet vil

- komme attende til innhaldet i individuelle planar og avgrensing av målgruppa i ei eiga forskrift med heimel i lov om helsetenesta i kommunane og i lov om spesialisthelsetenesta,

- vurdere plikta til tverretatleg samarbeid i ulike særlover i tilknytning til utarbeiding og gjennomføring av planar for den enkelte, basert på brukar-medverknad,
- sikre utvikling og formidling av faglege reiskapar for individuell planlegging, både generelt og på rehabiliteringsfeltet meir spesielt.

For å utvikle og forbetre forholdet mellom forvaltninga og brukarane av forvaltninga vil Sosial- og helsedepartementet vidareutvikle samarbeidet rundt den enkelte i basisgruppene og setje i verk eit forsøk med brukarkontor. Regjeringa vil arbeide for at alle statlege etatar går ut med serviceerklæringar til brukarane sine i løpet av år 2000.

Regjeringa ser det som viktig å sikre samordna signal frå sentralt hald, og å etablere eit system for dette som kan verke over tid. Sosial- og helsedepartementet, Arbeids- og administrasjonsdepartementet og andre departement vil innføre offentlige servicekontor som ei generell ordning basert på lokalt initiativ, og evaluere og vidareutvikle samarbeidsforum på leiarnivå i kommunane for å fremme samstemt planlegging og felles innsats. Desse departementa vil òg gå gjennom ulike sektorvise målsetjingar og resultatindikatorar og syte for samstemte og avtala mål og signal frå statleg hald når det gjeld samarbeid mellom etatar omkring felles brukargrupper.

Som brubyggingstiltak mellom helse, trygd og arbeid blir det nemnd at Sosial- og helsedepartementet og Arbeids- og administrasjonsdepartementet vil

- i forskrift til lov om helsetenesta i kommunane om rehabilitering gjere ansvaret til kommunen tydelegare for å sikre at det blir utvikla motivasjons-, meistrings- og læringstiltak som førebuing til attføring og arbeid,
- vidareutvikle arbeidsmarknadsetaten sitt rettleiingstilbod til menneske med samansette lidingar,
- nærmare vurdere om det er behov for å utvikle nye typar av tiltak i arbeidsmarknadsetaten i forhold til personar med kroniske lidingar som varierer over tid,
- sikre at arbeidsmarknadsetaten og trygdeetaten lokalt samarbeider om og medverkar med kompetansen sin for å utvikle kommunale arenaer for motivasjon og meistring på vegen mot arbeid,
- mellom anna gjennom etterutdanningstilbod syte for at tilsette i kommunale og statlege etatar får samkøyrde kunnskarar om motivasjons- og meistringsproblematikken.

Vidare vil Regjeringa setje ned eit offentleg utval for å analysere årsakene til auken i sjukefråveret og tilgangen til uførepensjon, kartleggje dei sosiale og samfunnsøkonomiske sidene av dette, og drøfte og føreslå tiltak for å snu denne utviklinga.

For å gjera trygdeetaten betre i stand til å fylle si rolle vil Sosial- og helsedepartementet

- syte for tettare og kvalitativt betre oppfølging av sjukmelde, og for auka bruk av aktive verkemiddel i trygdeetaten, særleg aktiv sjukmelding,
- medverke til å auke brukarorienteringa i trygdeetaten,
- få utarbeidd kriterium for meir målretta tilbod retta mot personar med gjentekne sjukefråverer og mot spesielle diagnosegrupper,
- medverke til eit betre og meir målretta samarbeid mellom trygdeetaten, arbeidsgivar og behandlande lege, tilpassa situasjonen til den enkelte,
- greie ut ordningar som sikrar brukarar service og reparasjon på hjelpemiddel ved akutte behov i nærmare bestemte situasjonar utanom kontortid,
- tilby kommunane å leige hjelpemiddel frå hjelpemiddelsentralane til personar med mellombels behov.

Det blir understreka at eit etablert samarbeid mellom nivåa i helsetenesta i svært mange tilfelle vil vere ein føresetnad for eit godt rehabiliteringstilbod til den enkelte. Etter departementet si vurdering er det vanskeleg å leggje opp til ei heilt presis ansvars- og oppgåvefor deling mellom fylkeskommunar og kommunar frå sentralt nivå. Det konkrete samarbeidet vil måtte variere avhengig av individuelle behov og lokale føresetnader.

Departementet vil i samband med det spesielle stimuleringsstilskotet til rehabilitering i fylkeskommunane setje som vilkår at det blir utarbeidd lokale avtaler om samarbeid mellom fylkeskommunane og kommunane. Departementet vil vidare med heimel i lov om helsetenesta i kommunane komme med forskrift om betalingsplikt for ferdigbehandla pasientar, og gjennom forskrifter klargjere kva funksjonar som høyrer med til det kommunale ansvaret for rehabilitering, og kva for funksjonskrav som skal stillast til fylkeskommunen sitt ansvar, på ein slik måte at dei utfyller kvarandre og samstundes understrekar krava til samarbeid.

3.2 Komiteen sine merknader

Komiteen viser til at rehabilitering mangler en fast organisatorisk form og struktur, og etter komiteens oppfatning er dette mye av årsaken til de store forskjellene med hensyn til dimensjonering og kompetanse i det lokale rehabiliteringstilbudet.

Komiteen ser positivt på at det skal utarbeides forskrifter som presiserer kommunene sitt ansvar for rehabilitering. Komiteen vil bemerke at slike forskrifter må inneholde konkrete anbefalinger om hvordan kommunene kan organisere rehabiliteringsvirksomheten.

Komiteen ser det som meget viktig at den kommunale organiseringa legger opp til helhetlige tilbud og tverrfaglig samarbeid og at brukarmedvirkningen blir reell. Komiteen ser nødvendigheten av at rehabilitering etableres som en egen enhet i kommunene.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre, Senterpartiet og Sosialistisk

Venstreparti, mener det også kan være en løsning at kommunene oppnevner en egen koordinator for rehabilitering, og flertallet vil påpeke viktigheten av at dette er en stilling som både har tyngde og kapasitet til å utføre dette viktige arbeidet. Flertallet vil påpeke at en koor dinerende virksomhet på dette området vil gi en bedret organisering og tjeneste, samt at ressursene vil kunne utnyttes på en bedre måte.

Komiteen mener at det er nødvendig å ha gode rehabiliteringstilbud der folk bor, og komiteen ser det derfor som naturlig at kommunen må ha en helt sentral rolle i rehabiliteringsarbeidet. Komiteen vil bemerke at dersom kommunene skal kunne gi sine innbyggere gode rehabiliteringstilbud, så setter dette store krav til en god planlegging. Komiteen mener på denne bakgrunn at det må vur deres et pålegg til kommunen om å utarbeide plan for rehabilitering.

Komiteen finner det naturlig at det også gjennomføres en slik vur dering når det gjelder fylkeskommunal planlegging for rehabilitering.

Komiteen vil spesielt understreke betydningen av et styrket rehabiliteringstilbud på lokalt nivå. Komiteen støtter Regjeringens prioritering av rehabiliteringsarbeidet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Komiteen vil understreke at det på lokalt nivå er behov for tverretattlig samarbeid slik Regjeringen påpeker, og at man kan sikre, utvikle og formidle faglige opplegg for individuell planlegging. Komiteen vil spesielt peke på at det i årene framover vil være et spesielt behov for å møte rehabiliteringsoppgavene blant den økende andelen av eldre i vårt samfunn. For å forebygge slik at dette ikke blir en ren etterbehandling etter sykdom og skader, er det viktig å ha en god "føre var"-strategi. Komiteen mener derfor det i lokale rehabiliteringsplaner må inngå et forebyggingsprogram som ikke minst retter seg mot den eldre delen av befolkningen. En slik plan må ha flere siktemål, bl.a. ulykkesforebygging og informasjon om kosthold og fysisk trening som viktige faktorer for en bedre helse. I dette arbeidet bør også de lokale helsestasjonene ha en sentral plass.

Komiteen mener en samlokalisering av sosial-, trygde-, og arbeidskontor vil bidra til enklere saksbehandling og rutiner og en bedre mulighet til å koordinere bl.a. rehabiliteringsopplegg.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti ser et klart behov for å utvikle tilbud i det offentlige slik at brukerne settes i sentrum. Signaler fra kommuner der man har forsøksordninger med samlokalisering av sosial-, trygd-, og arbeidskontor er positive, og brukerne slipper å bli sendt fra sted til sted og kontor til kontor. Dette gir helhetlige tilbud til brukerne, se ellers merknad i Innst. S. nr. 85 (1998-99).

Disse medlemmer går inn for slik samlokalisering, men vil samtidig påpeke at det ikke må føre til dårligere tilbud for brukerne der hvor kommuner muli-

gens tenker sammenslåing av tilbud på tvers av kommunegrensene.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet mener det er viktig med godt samarbeid mellom trygdekontor, sosialkontor og arbeidsmarkedsetaten. I dag er det basisgrupper i alle kommuner for å ivareta slikt samarbeid. Brukeren skal få hjelp der vedkommende først henvender seg. Disse medlemmer viser til at ordningen med offentlig servicekontor skal ivareta samlet informasjon og hjelp til brukerne. Denne ordningen er nå gjort permanent basert på lokalt initiativ. Disse medlemmer viser til St.prp. nr. 1 (1998-99) hvor det er skissert et forsøksprosjekt med brukerkontor.

Komiteen ser det som viktig at partene i arbeidslivet deltar i planlegging og iverksetting av rehabiliteringstilbud slik at arbeidstakere som har mulighet til å opprette eller gjenvinne deler av sin arbeidsevne, får en mulighet til å vende tilbake til en aktiv tilværelse gjennom arbeidstrening og deltakelse i et sosialt nettverk.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet og Sosialistisk Venstreparti, vil fremme forslag om å be Regjeringen legge frem forslag for Stortinget om en ordning med økonomisk kompensasjon til arbeidsgivere, offentlige og private, som ansetter uføre eller personer med redusert arbeidsevne. Kompensasjonen trappes ned i takt med arbeidstakerens økende evne til å gjenoppta normal arbeidsinnsats.

Komiteen mener at en slik kombinasjon av arbeid og trygd bør kunne gjennomføres ned til 20 pst. uførhet.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet og Sosialistisk Venstreparti, fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen legge frem for Stortinget sak om en ordning med økonomisk kompensasjon til arbeidsgivere som ansetter uføre eller personer med redusert arbeidsevne, basert på at kombinasjonen av arbeid og trygd kan foregå ned til 20 pst. uførhetsgrad."

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Høyre og Senterpartiet viser til at det i dag også kan ytes lønnstilskudd fra arbeidsmarkedsetaten. Arbeidsgiveren tilbys økonomisk kompensasjon for redusert arbeidsevne i startfasen av arbeidsforholdet. Tilskuddet gis med 75 pst. av utgiftene til ordnær lønn i inntil 6 måneder, deretter med 40 pst. av lønnsutgiftene i inntil til sammen to år. Disse medlemmer mener det vil være behov for mer langsiktige og permanente løsninger for dem med varige lidelser og dermed varig nedsatt arbeidsevne. Regjerin-

gen har vært opptatt av disse forholdene, ikke minst i forhold til bedringen av levekårene for denne gruppen. Disse medlemmer ser det derfor som naturlig at en kommer tilbake til dette i forbindelse med behandlingen av meldingen om utjevning og levekårsforhold.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet og Sosialistisk Venstreparti, vil anse det som en for del at all bruk av hjelpemidler formidles gjennom hjelpemiddelsentralene. For å unngå forskjeller mellom forskjellige kommuner og fylkeskommuner når det gjelder finansieringen og tilgangen på hjelpemidler, vil flertallet fremme forslag om at utleie av hjelpemidler til kommunene skal skje vederlagsfritt og at kostnadene i sin helhet dekkes av Rikstrygdeverket.

Flertallet fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen legge frem forslag om endring med statlig finansiering av utleie av hjelpemidler til kommunene fra hjelpemiddelsentralene, dekket gjennom Rikstrygdeverket."

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti, Høyre og Senterpartiet vil påpeke at folketrygden dekker hjelpemidler til varige behov. Regjeringen foreslår i meldingen at kommunene skal kunne leie lavfrekvente hjelpemidler ved midlertidige behov. Samtidig er det slik at kommunene allerede har tilgang på en del enklere hjelpemidler gratis, dette gjelder bl.a. rullestoler og rollatorer. En endring som også tilsier at kommunene skal ha et permanent lager av lavfrekvente hjelpemidler for midlertidige behov, vil bety en økning av behovet for hjelpemidler som i store perioder bare vil stå på lager.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Høyre og Sosialistisk Venstreparti, mener at det nå må gis klar prioritet til arbeidet med rehabiliteringen av unge funksjonshemmede, og at en viktig del av denne rehabiliteringen inkluderer alternative botilbud utenfor institusjon. Dagsrevyen opplyste 9. mai 1999 at det nå er ca. 700 personer under 50 år som fremdeles venter på slik utflytting. Flertallet kjenner ikke de eksakte tallene, men vil understreke at prioriteringen framover må omhandle mer enn kun tilskuddet til utflyttingen; myndighetene må påse at dette faktisk også skjer. Denne problematikken er påpekt av komiteen i sammenheng med budsjettbehandling også tidligere, og flertallet understreker viktigheten av at denne gruppens behov ivaretas.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet vil peke på at Regjeringen i framleggingen av Revidert nasjonalbudsjett 10. mai i år har lagt fram forslag om å øke tilskuddet til kommunene som skaffer individuelle botilbud til personer som vil flytte ut av alders- og sykehjem, med 400p000 kroner, fra 600p000 til 1p000p000 kroner. Dette, sammen med forslaget om en statlig medfinan-

siering for spesielt ressurskrevende personer i omsorgssektoren vil, etter disse medlemmers mening, bidra til en helt annen og mer positiv situasjon for å få skaffet eget botilbud til dem som i dag bor på alders- eller sykehjem, og som ønsker å flytte ut. Pr. i dag er det registrert 160 fysisk funksjonshemmede under 67 år som ønsker egen bolig. Disse medlemmer mener det nå må kunne settes fortgang i arbeidet med dette ute i kommunene ut fra de endringer Regjeringen legger opp til.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet vil peke på at bruk av sykehjem som rehabiliteringsinstitusjoner i dagens situasjon ikke er aktuelt. Antallet sykehjemsplasser er altfor lavt på landsbasis, slik disse medlemmer ser det, og belegget i de somatiske sykehjemmene består av pasienter som stort sett er over 80 år, som er tungt pleietrengende og lite egnet for rehabilitering.

4. REHABILITERING I SPESIALISTHELSETENESTA

4.1 Samandrag

Målet for medisinsk rehabilitering i spesialisthelsetenesta er å imøtekomme kliniske behov som overstig kommunane sitt ansvar og deira kompetanse. Spesialisthelsetenesta skal òg rettleie og gi råd til kommunane.

Det blir uttala at dei fylkeskommunale tenestene innfor habilitering og rehabilitering i mange tilfelle synest å vere prega av mangelfull samordning og samhandling. Ei kartlegging gjennomført av departementet tyder på at fleire pasientgrupper ikkje får eit tilfredsstillande rehabiliteringstilbod. Dette gjeld mellom anna personar med progredierande nevrologiske lidingar, lidingar i muskel- og skjelettsystemet, multitraumetilstandar, traumatiske og moderate hovudskadar, følgjetilstandar etter kreft og personar med sansetap.

For å tydeleggjere kva funksjonskrav som bør stillast til medisinsk habilitering og rehabilitering i fylkeskommunen, vil departementet utarbeide ei forskrift om medisinsk rehabilitering med heimel i ny lov om spesialisthelseteneste. Det blir uttala at planutvala i helseregionane bør setje ned fagråd for rehabilitering og habilitering, der tenester for både barn og vaksne inngår. Sosial- og helsedepartementet vil vidare følgje opp ny lov om spesialisthelseteneste som innfører ei ordning med fast kontaktperson for innlagde pasientar, av desse også rehabiliteringspasientar.

Departementet legg til grunn at rehabilitering av kreftpasientar må vere fundert på dei same prinsippa som gjeld for rehabilitering av andre pasientar, mellom anna eit individuelt brukarperspektiv, fokus på den totale livssituasjonen og på tilbod så nær lokalmiljøet som råd er. Ein gjennomgang som departementet har gjort av rehabiliteringstilbodet i fylkeshelsetenesta, kan tyde på at rehabiliteringstenestene ikkje i tilstrekkeleg grad orienterer seg mot dei rehabiliteringsbehova kreftpasientar har. Departementet føreset at helsetenesta vurderer og tilbyr rehabiliteringstiltak til alle

som har behov for slike tiltak, også kreftpasientar. Departementet ser det ikkje som formålstenleg å etablere særskilde rehabiliteringstiltak for kreftpasientar. Departementet vil elles peike på det ansvaret sjukehusa har for å gi pasientar med kreft nødvendig informasjon for at pasienten kan fungere med sjukdomen sin eller med dei problema som sjukdomen eller behandlinga har ført med seg. Departementet ser på styrking av informasjonstiltak overfor pasientar med kreft og andre sjukdomar som ei særleg utfordring.

Sosial- og helsedepartementet vil i samband med arbeidet med dei regionale helseplanane syte for at alle helseregionar utviklar spesialiserte tilbod og kompetansebasar innanfor medisinsk rehabilitering gjennom eigne planar for rehabilitering. Kva oppgåver region-sjukehusa skal ha, og korleis kompetansen skal overførast til fylkeskommunar og kommunar, skal omtalast særskilt. Departementet vil seinare komme tilbake med tilrådingar om forma på og innhaldet i ein slik plan.

Når det gjeld finansiering av rehabilitering i spesialisthelsetenesta, vil Sosial- og helsedepartementet føre vidare den øyremerkte tilskotsordninga til medisinsk rehabilitering, basert på objektive kriterium frå 1999. Systemet med innsattsstyrt finansiering vil bli tilpassa slik at det betre reflekterer ressursbruken innanfor medisinsk rehabilitering. Vidare vil departementet setje ned ei arbeidsgruppe som innan utgangen av 1999 skal vur dere om det er behov for endringar i folketrygda sitt refusjonssystem i forhold til rehabiliteringspasientar. På sikt vil departementet vur dere ei harmonisering av finansieringsordningar for rehabiliteringspasientar.

Når det gjeld dei fylkeskommunale spesialsjukeheimane, tilrår departementet ei gradvis utflytting for dei som ønskjer det, og ei avvikling av langtids plassane, i hovudsak med hjelp av eksisterande tilskotsordningar. Det er sett ned ei interdepartemental arbeidsgruppe for å sjå nærare på finansieringa av tiltak for særleg ressurskrevjande brukarar i kommunane. Eventuelle forslag til endringar vil bli lagde fram i kommuneøkonomiproposisjonen for år 2000. Sosial- og helsedepartementet vil leggje til rette for formidling av erfaringar mellom fylkeskommunane for få til vidare omdanning av spesialsjukeheimane.

4.2 Komiteen sine merknader

Komiteen slutter seg i store trekk til den målsettinga som er trukket opp for rehabilitering i fylkeshelsetjenesten, og komiteen vil spesielt vise til det ansvar som spesialisthelsetjenesten har for å bistå kommunene med råd og veiledning i spørsmål knyttet til rehabilitering og habilitering.

Komiteen er enig i at fylkeskommunenes tjenester innenfor habilitering og rehabilitering synes å være preget av mangelfull samordning og samhandling. Komiteen ser det som viktig at det etableres en bedret kontakt til det lokale nivået og at det på lokalt nivå finnes en enhet eller koordinator som har et overordnet ansvar for rehabilitering og habilitering.

Komiteen viser til den økningen som har funnet sted når det gjelder omfanget av slagenheter og rehabiliteringsteam og ser meget positivt på dette, men

komiteen registrer også det faktum at flere pasientgrupper ennå ikke får et tilfredsstillende rehabiliteringstilbud.

Komiteen har merket seg den store betydning rehabiliteringsteamene har for at pasientene skal få et helhetlig opplegg helt fram til å kunne fungere i eget lokalmiljø og i forhold til arbeid, utdanning, fritidstilbud m.v. Komiteen ser på rehabiliteringsteamenes kontakt mellom sykehus og kommunehelsetjenesten som meget viktig for å sikre en god og trygg oppfølging av den enkelte pasient og for at viktig kompetanse skal bli overført. Komiteen er av den oppfatning at behovet for slike rehabiliteringsteam er godt dokumentert og at erfaringen tilsier at slike tilbud må bli tilgjengelig i rimelig nærhet til alle kommuner. Komiteen ser det som en viktig oppgave å sikre driften av de etablerte rehabiliteringsteam og samtidig få etablert slike team i de regioner der tilbudet fortsatt mangler.

Komiteen kan ikke slutte seg til at habiliteringsbegrepet bare skal begrenses til å gjelde barn og unge under 18 år. Komiteen viser til at en slik avgrensning bl.a. medfører at tiltak for voksne personer med psykisk utviklingshemning eller med andre medfødte funksjonshemninger blir benevnt som rehabilitering og ikke som habilitering. Komiteen ser på habilitering som et målrettet arbeid for å bygge opp og støtte funksjoner, samspill og livskvalitet hos mennesker med tidlig ervervede eller medfødte funksjonshemninger, mens komiteen ser på rehabilitering som et arbeid med konsekvenser av en sykdom eller skade som har oppstått etter normalutvikling. Komiteen mener ut fra denne vurderingen at habiliteringsbegrepet er mer dekkende i forhold til å beskrive de tjenester som er forbeholdt mennesker med tidlig ervervede eller medfødte funksjonshemninger, og komiteen mener at dette må gjelde også etter at personen er fylt 18 år.

Komiteen har merket seg at bl.a. Norsk Forbund for Utviklingshemmede og framtrepende fagfolk klart har gitt uttrykk for at habilitering er det mest logiske begrep når det dreier seg om mennesker med tidlig ervervet eller medfødt utviklingshemning.

Komiteen vil presisere at habilitering er en tverrfaglig spesialisert tjeneste, som ikke må forveksles med pleie- og omsorgstilbudene, og komiteen ser ut fra dette ingen grunn til at habilitering skal kunne karakteriseres som særomsorg.

Komiteen har merket seg at begrepet habilitering er brukt spesielt for tilbudet til barn og unge fram til 18 år, og at tilbudet for alle etter fylte 18 år benevnes som rehabilitering.

Komiteen har videre merket seg at en slik avklaring har vært foreslått og søkt praktisert i flere år, bl.a. etter anbefaling fra Statens helsetilsyn. Komiteen vil understreke at behovet for rehabilitering og habilitering må ivaretas uansett på hvilket aldersnivå man er, men vil også påpeke at det er svært uheldig om habilitering av voksne personer blir en særomsorg. Komiteen mener det vil være flere for deler ved å samle alle ressurser innenfor rehabilitering/habilitering for å gi voksne personer med slike behandlings-

omsorgsbehov et best mulig tilbud. Samordning vil gi flere ressurser og større bredde, noe som er i tråd med et generelt ønske og behov for tverrsektorielt og tverretatlig samarbeid. Kompetansen innen habilitering og innen rehabilitering kan tilføre hverandre både faglige og erfaringsmessige kunnskaper som vil gi en styrket og bedre helhet. Komiteen mener at et framtidig rehabiliteringstilbud for voksne skal inneholde tjenester som ivaretar både habilitering og rehabilitering ut fra hvilke tilbud tjenestemottaker har.

Innenfor rehabiliteringstilbudet for voksne skal det drives et målrettet arbeid for å bygge opp og støtte funksjoner, samspill og livskvalitet hos mennesker med tidlig ervervede eller medfødte funksjonshemninger. Det vil si habilitering. Samtidig skal det også overfor de som trenger det, arbeides med konsekvenser av en sykdom eller skade som er oppstått etter normalutvikling. Det vil si rehabilitering.

En samordning og samhandling mellom disse oppgavene som habilitering og rehabilitering representerer, vil etter komiteens mening være den beste løsningen for å styrke tilbudet både kvalitativt og kvantitativt og samtidig unngå båstenkning og særomsorg.

Komiteen vil samtidig påpeke at enkeltpersoner som tjenestemottakere kan ha behov for og dermed ha rett til enkeltvedtak etter sosialtjenesteloven. Slike tjenesteplegg for voksne må da, der det er nødvendig og ønskelig, samordnes med det øvrige rehabiliteringstilbudet.

Komiteen har under arbeidet med meldinga fått informasjon om at unge med revmatiske lidelser faller utenfor habiliteringstilbudene, jf. brev av 19. februar 1999 fra Norsk Revmatikerforbund. Komiteen viser til at følgene ved å få en revmatisk sykdom tidlig i livet kan få store konsekvenser, både på kort og lang sikt, og komiteen ser derfor behovet for at også barn og unge med revmatisme må få tilgang til et kvantitativt og kvalitativt akseptabelt habiliteringstilbud. Komiteen viser til at det er utarbeidet et konsept for innføring av revmakonsulenter ved regionsykehusene. Komiteen ber om at dette konseptet blir vurdert nærmere for etablering.

Komiteen slutter seg til forslaget om å utarbeide en forskrift om medisinsk rehabilitering med hjemmel i ny lov om spesialisthelsetjeneste, og komiteen har tiltro til at en slik forskrift kan bidra til å løfte dette feltet dersom det settes klare krav til hvor dan fylkeskommunene skal drive sitt rehabiliteringsarbeid.

Komiteen viser til Stortingets behandling av St.prp. nr. 61 (1997-98) hvor komiteen tok til orde for at rehabilitering av kreftpasienter må sees i sammenheng med en helhetlig gjennomgang av hele rehabiliteringsområdet. Komiteen slutter seg til at også for kreftpasienter må det individuelle brukerperspektivet legges til grunn, men komiteen vil bemerke at denne sykdommen rammer på forskjellige måter, og at det ofte er behov for en omfattende rehabilitering og langtidsoppfølging.

Komiteen viser til at det ved landets rehabiliteringsinstitusjoner nå finnes flere gode og allsidige rehabiliteringstilbud for kreftrammede.

Komiteen viser også til den store betydning som Montebellosementerets kursvirksomhet har hatt for mange kreftpasienter og familiene deres, og at dette er et tilbud som kreftpasienter fra hele landet kan gjøre seg nytte av. Komiteen mener at det er av stor betydning å sikre driften og utvikle Montebellosementeret videre som et landsdekkende tilbud til kreftpasienter fra hele landet.

5. NÆRMARE OM TILBOD VED LANDSDEKKJANDE SENTER OG INSTITUSJONAR

5.1 Samandrag

I tillegg til spesialisert rehabilitering på fylkeskommunalt og regionalt nivå, blir det gitt eit omfattande tilbud om rehabilitering og opptrening ved særskilte institusjonar og senter. I hovudsak orienterer desse seg mot landet som heilskap. Dette gjeld mellom anna enkelte statleg eigde institusjonar, mellom dei barne- sjukehusa. Det er også oppretta spesielle kompetansesenter for små og mindre kjende grupper av funksjonshemma, og ei rad statlege spesialpedagogiske kompetansesenter for ulike målgrupper. Dei spesielle helseinstitusjonane, medrekna helsesportsentra, opptreningsinstitusjonane og dei særskilte behandlingsreisene til utlandet for visse pasientgrupper, er også å rekne som landsdekkjande tilbod.

Det blir i meldinga skissert ei omlegging av finansieringsordninga for opptreningsinstitusjonane. Sosial- og helsedepartementet vil leggje om til ein kombinasjon av eit aktivitetssuavhengig tilskot til fylkeskommunane og eit aktivitetsavhengig tilskot til den enkelte institusjonen. Når det gjeld midlane til fylkeskommunane, tek ein sikte på ein gradvis overgang til for deling etter objektive kriterium. Det blir sett vilkår om at fylkeskommunane skal bruke midlane til kjøp av tenester frå institusjonane.

Når det gjeld behandlingsreiser til utlandet blir det uttala at det ikkje ligg føre dokumentasjon av nytteverdien av klimabehandling for andre grupper enn dei som har tilbod i dag. Departementet vil elles ta initiativ til ei heilskapleg vurdering av tilbodet om behandlingsreiser til utlandet og setje ned eit utval for å greie ut spørsmålet.

I omtalen av ulike spesialiserte institusjonstilbod og landsdekkjande tilbod seier departementet at desse gir eit svært godt og passende tilbod til mange innanfor sine brukargrupper. Det er likevel enkelte forhold som departementet ikkje finn tilfredsstillande, til dømes at få av tilboda er tilstrekkeleg planmessig etablerte i forhold til ein heilskapleg strategi. Departementet ser eit behov for ein samla strategi og ei nærmare vurdering av kva plass institusjonane og sentra skal ha, og kva rolle dei skal spele. Særleg gjeld dette forholdet til andre tilbod innanfor dei spesialiserte helsetenestene, og behovet for å knyte tilbod og kompetanse nærmare inn i tiltaksjeda for den enkelte brukar. Departementet vil ikkje ta stilling til søknader om å etablere nye institusjonar eller kompetansesenterfunksjonar på rehabili-

teringsfeltet før det er gjort ein slik gjennomgang og ei slik vur dering. Kompetansesentra for små og mindre kjende diagnosegrupper vil ikkje bli omfatta av denne gjennomgangen. Dei skal vur derast kontinuerleg av Etat for rådssekretariat og enkelte helse- og sosialfaglege oppgaver m.v. Sosial- og helsedepartementet vil gjennomføre evalueringar av verksemda ved dei spesielle helseinstitusjonane og i samarbeid med institusjonane utvikle eit tilfredsstillande mål- og resultatstyringssystem, med basis i økonomireglementet i staten. Vidare vil departementet medverke til at sjukehusa etablerer lærings- og meistringssenter, basert på erfaringar frå forsøk.

5.2 Komiteen sine merknader

Komiteen viser til det i dag er 40 godkjente opptreningsinstitusjoner i landet og at disse utgjør et godt og omfattende rehabiliteringstilbud for befolkninga. Komiteen ser opptreningsinstitusjonene som en meget viktig del av det helhetlige rehabiliteringstilbudet som må være på plass for å kunne gi brukerne de tilbud de har krav på .

Komiteen finner det naturlig at fylkeskommuner og kommuner tar hensyn til opptreningsinstitusjonenes behandlingstilbud ved planlegging og dimensjonering av egne rehabiliteringstilbud, og komiteen ser det som viktig at pasienter som behandles ved private opptreningsinstitusjoner, tas med i de fylkeskommunale statistikker for rehabilitering.

Komiteen mener at den finansieringsordning som skal legges på plass, må fungere slik at det stimulerer opptrenings/rehabiliteringsinstitusjonene til videre drift og utvikling. Komiteen er opptatt av at den framtidige finansieringsordningen skal bli minst mulig byråkratisk og komplisert, slik at det offentlige bidrag utnyttes på den best mulige måten for brukerne. Komiteen mener at dette best kan oppnås gjennom en forbedring av dagens ordning hvor folketrygden står for utbetaling av den vesentligste delen av den offentlige andelen. Komiteen synes i denne sammenheng at det ville være av interesse å få vur dert om man også for opptrenings/rehabiliteringsinstitusjonene kunne innføre et klassifikasjonssystem som grupperer pasienten i kostnadsgrupper på tilsvarende måte som man nå klassifiserer rehabilitering i sykehus. Komiteen ser det som naturlig at alle typer opptrenings/rehabiliteringsinstitusjoner blir sett i sammenheng ved en slik vur dering.

Komiteen er også opptatt av at brukerne i hovedsak fritt skal kunne velge hvilken opptrenings/rehabiliteringsinstitusjon de vil benytte.

Komiteen mener at skissa til finansieringsordning som framgår av meldinga, vil bli komplisert og uoversiktlig, og komiteen mener det må gjøres endringer i denne for å sikre opptrenings/rehabiliteringsinstitusjonene som en viktig del av rehabiliteringstjenesten. Komiteen ber derfor Regjeringa komme tilbake med et forslag til finansieringsordning som tar hensyn til de signaler som er gitt i denne innstillinga. Komiteen ser det som viktig at både brukernes organisasjo-

ner og representanter for opptrenings/rehabiliteringsinstitusjonene trekkes med i utarbeidingen av nye retningslinjer for denne finansieringsordningen.

Komiteen fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen legge fram forslag til finansieringsordning som sikrer framtidig drift og god kvalitet ved opptrenings/rehabiliteringsinstitusjonene."

Komiteen støtter departementets ønske om å knytte opptrenings/rehabiliteringsinstitusjonene nærmere opp til en helhetlig behandlingsskjede i vårt helsevesen. Det er et stort behov for også å koble opptrenings/rehabiliteringsinstitusjonenes tilbud og kompetanse nærmere inn i tiltaksskjeden for den enkelte bruker.

Komiteen mener det derfor er nødvendig, slik også departementet påpeker, å arbeide fram en samlet strategi for dette området der en får en nærmere vur dering av hvilken plass og funksjon de enkelte institusjonene og sentra skal ha. Det overordnede målet i et slikt arbeid må være å opprettholde og sikre tilbudet til den enkelte pasient og pasientgruppe.

I denne sammenheng mener komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet det er av avgjørende betydning at man får en henvisnings- og finansieringsordning som ivaretar interessene og behovet fra pasientene som kommer både fra primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Disse medlemmer støtter derfor Regjeringen i at det er behov for en ny finansieringsordning for institusjonene. Et slikt ordning må sikre tilbudet til pasientene gjennom en god og framtidsrettet drift og organisering. Det vil derfor være ønskelig å se dette i sammenheng med hvilket tilbud som gis i forhold til behandlingsskategorier og kvalitet.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre ser det som svært viktig at fylkeskommuner og kommuner benytter og tar med i sin planlegging og dimensjonering av behandlingstilbud de private tilbud som finnes på området. Disse medlemmer ser det som unødvendig at det bygges opp nye fylkeskommunale/kommunale tilbud dersom kapasiteten i det private tilbudet er tilstrekkelig. En slik utvikling ville etter disse medlemmers mening kunne føre til nedleggelse av plasser og tap av etablerte tilbud i mange av våre opptreningsinstitusjoner.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til at fylkene i dag mottar 50 pst. innsatsbasert finansiering for rehabiliteringstjenester, noe som kan gjøre det fristende for fylkene å bygge opp et fylkeskommunalt tilbud på bekostning av allerede etablerte tilbud. Etter disse medlemmers mening bør opptreningsinstitusjonene finansieres tilnærmevis lik finansieringen i sykehus når pasienten henvises til rehabilitering i disse institusjonene. Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen gjennomføre samme finansieringsordning for rehabilitering ved opptreningsinstitusjonene som er gjort gjeldende for offentlige sykehus når pasienten er henvist fra lege eller sykehus."

Komiteen har merket seg at det er store forskjeller i kvalitet og innhold ved opptreningsinstitusjonene, og komiteen mener at det må gjennomføres en løpende og god kontroll for å sikre at tilbudene som blir gitt, har et faglig godt innhold, og at det gir et akseptabelt utbytte for brukeren.

Komiteen har også merket seg at opptreningsinstitusjonene er svært skeivt for delt geografisk, og komiteen mener at det må legges stor vekt på slike forhold ved godkjenning av nye tilbud av denne type.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Høyre og Sosialistisk Venstreparti, er kjent med at det er en del opptreningsinstitusjoner mangler godkjenning for en del av sin reelle kapasitet, samtidig som etterspørselen etter tilbudene er meget stor. Flertallet ser det som viktig at opptreningsinstitusjoner som fyller kriteriene for godkjenning, og som har etterspørsel etter sine rehabiliteringstilbud, snarest får godkjenning slik at de kan utnytte sine lokaler, utstyr og kapasitet maksimalt.

Komiteen viser til sykehusenes behov for å skrive ut pasienter raskest mulig etter behandling for å makte sine forpliktelser overfor andre pasienter som venter på behandling. Komiteen er i forbindelse med høringer gjort kjent med at rehabiliteringsinstitusjonene ofte mottar pasienter fra sykehusene så tidlig etter operasjoner og lignende at de må tilbake til sykehuset pga. for liten grad av selvhjelpenhet.

Komiteen ser klart at rehabiliteringsinstitusjonene ikke kan gi en omfattende pleie innenfor de gjeldende økonomiske rammer. Komiteen mener derfor at det bør vurderes en ordning der opptreningsinstitusjonene kan øremerke en del plasser til pasienter som trenger noe mer hjelp og pleie i den innledende fasen av rehabiliteringen enn det de vanlige kurpengesatsene tar høyde for. Komiteen vil understreke at en slik ordning må sikre et forsvarlig og godt tilbud til pasientene og ikke medføre økte kostnader i form av egenandeler.

Komiteen har merket seg at meldinga legger opp til en harmonisering av egenandelsatsene, men at det ikke foreligger konkrete forslag til nytt egenandelsystem. Komiteen viser til at mange personer med kroniske lidelser må benytte tilbudene i opptreningsinstitusjonene forholdsvis ofte for å kunne fungere i sitt daglige virke. Komiteen er kjent med at det høye nivået på egenbetaling i opptreningsinstitusjonene er et hinder for at mange med kroniske lidelser kan benytte tilbudene i den grad behovet tilsier.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet er derfor enig

med Regjeringen i at en må få til en harmonisering av egenandelene.

Komiteen mener at tilgangen på nødvendig rehabilitering for mennesker med kroniske lidelser er av meget stor betydning for den det gjelder og vedkommendes familie, men det er også en god investering for samfunnet. Komiteen anser det som helt uakseptabelt at mennesker som har behov for rehabilitering ikke kan få dette på grunn av begrensninger i privat økonomi.

Komiteen har også registrert at det oppfattes som urettferdig at personer med én type sykdom blir fritatt for egenbetaling, mens en person med en annen sykdom blir belastet for egenandeler til tross for at denne er mer invalidiserende.

Komiteen viser til at behandling i opptreningsinstitusjonene ikke omfattes av dagens egenandelstak. Komiteen mener at det må vurderes å innføre et system med tak for egenbetaling også for rehabilitering, og at dette blir sett i sammenheng med brukernes utgifter til egenandeler for andre nødvendige varer og tjenester som har sammenheng med helsesituasjonen. Komiteen viser i denne forbindelse til Stortingets vedtak i forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 1999 hvor Regjeringen ble bedt om å vurdere et avgiftstak 2 for utgifter funksjonshemmede og kronisk syke har utover det som dekkes av frikortordningen.

Komiteen ber om at brukernes organisasjoner trekkes aktivt med i utformingen av de nye reglene for egenbetaling.

Komiteen fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen komme tilbake med forslag til regler for egenbetaling i forbindelse med rehabilitering utenfor sykehus. Forslaget må innebære at alle kan sikres tilgang på nødvendig rehabilitering, uavhengig av inntekt, bosted og sykdomskategori.

Forslaget forelegges Stortinget i forbindelse med neste års budsjett."

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet er oppmerksom på at kronisk syke og rehabiliteringstrengende pasienter har store ekstrautgifter til legekonsultasjoner, medisiner og ulike former for helsetjenester. Disse utgiftene overstiger som regel egenandelstaket og kan dreie seg om opp til 400 000 kroner i året.

Disse medlemmer vil derfor fremme følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen innføre et tak 2 i forbindelse med egenbetaling for kronisk syke."

Komiteen er kjent med den store betydning som behandlingsreiser til utlandet har for pasientgrupper med bestemte kroniske sykdommer og lidelser. Komiteen støtter at det blir satt ned et utvalg for å gjennomføre en helhetlig vurdering av tilbudet om behandlingsreiser til utlandet.

Komiteen vil minne om at den i Budsjett-Innst. S. nr. 11 (1995-96) slo fast at tilbudet om behandlingsreiser til utlandet "gjøres permanent etter utløpet av 1996". Komiteen viser også til stortingsvedtaket av 14. desember 1998 om å sende en prøvegruppe med muskelyke til opptreningsopphold i Syden for å evaluere kort- og langtidseffekten av behandlingsreiser til utlandet.

Komiteen vil understreke at det så vel for de kronikergrupper som i dag er omfattet av ordningen med behandlingsreiser til utlandet, som for eventuelt nye grupper ikke kan forventes at klimabehandlingen skal føre til varig forbedring eller ha kurativ effekt. Spørsmålet som må evalueres, er hvorvidt opptreningsbehandling i varmere strøk har samme eller bedre effekt enn tilsvarende behandling i Norge på vinterstid.

Komiteen viser til den store betydning Beitostølen og Valnesfjord helsesportssenter har for å gi tilbud om rehabilitering etter helsesportprinsippet til flere målgrupper av funksjonshemmede. Komiteen er kjent med at det er signalisert behov for slike helsesportssenter også fra andre deler av landet, og komiteen viser i den forbindelse til at det foreligger konkrete planer for et slikt senter på Storøya og at det er et stort engasjement for å få Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter i Fjaler plassert i denne kategori. Komiteen mener at behovet for flere helsesportssenter må vurderes, og at geografisk beliggenhet blir tatt med i vurderingen.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Sosialistisk Venstreparti erkjent med at Hauglandsenteret i Sogn og Fjordane har etablert et behandlingsopplegg for rehabilitering av kreftpasienter. Behandlingsopplegget er utarbeidet etter modell fra Montebellosenteret og har høy faglig standard og gode, differensierte rehabiliteringstilbud. Disse medlemmer er imidlertid også kjent med at rehabiliteringsopplegget ved Hauglandsenteret foreløpig ikke har fått en godkjent finansiering og derfor står i fare for å måtte avvike tilbudet av økonomiske grunner. Disse medlemmer viser til at rehabiliteringstilbudet ved Hauglandsenteret er det eneste tilbudet for kreftpasienter på Vestlandet. Disse medlemmer mener derfor at staten må gå inn med et finansieringsopplegg som sikrer videre drift ved Hauglandsenteret.

Disse medlemmer fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen godkjenne rehabiliteringstilbudet for kreftpasienter ved Hauglandsenteret og komme tilbake til Stortinget med et forslag om finansiering som sikrer driften av senteret."

Disse medlemmer viser til det planlagte helsesportssenteret på Storøya, Sævarhagen, som er bygget opp etter modell av Beitostølen. Disse medlemmer vil også peke på at tilsvarende helsesportssenter ikke finnes i vestlandsfylkene Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane. Disse medlemmer vil anbefale at helsesportssenteret på Storøya blir godkjent og finansiert på linje med Beitostølen og Valnesfjord.

Komiteen viser til at lungesykdommer er et økende problem og at det på dette området er mangel på behandlingstilbud. Komiteen viser til den store kompetansen som er opparbeidet på dette området ved Landsforeningen for Hjerne- og Lungesyke (LHL) sin klinikk i Nittedal - Glittreklinikken. Komiteen har fått opplysninger om at Glittreklinikkens kompetanse ligger i fremste rekke internasjonalt, og komiteen mener at det må vurderes å utvikle Glittreklinikken til et nasjonalt kompetansesenter for lungerehabilitering.

Komiteen viser til det arbeid LHL i samarbeid med Røros kommune har lagt ned for å få etablert et regionalt/nasjonalt kompetansesenter for hjerterehabilitering. Komiteen ber om at dette tiltaket vurderes med sikte på tilsvarende refusjonsordning som for Glittreklinikken.

Komiteen har merket seg at det er bred faglig enighet om at kunnskap om egen sykdom blant kronikergruppene bidrar til en bedret livssituasjon, færre sykehusinnleggelse og mindre sykefravær. Komiteen ser det som et mål at pasienter som er kronikere blir i stand til å ta større ansvar for egen sykdom, og fungere bedre gjennom det å øke sin egen kompetanse i forhold til sykdommen. Komiteen viser i den forbindelse til de gode resultater som er oppnådd med astmaskolene som er et opplegg i regi av Norges Astma- og Allergiforbund. Komiteen mener at det må stimuleres til en bedre utbredelse av dette viktige tilbudet, og at dette blir inkludert i det offentlige helsetilbudet.

Komiteen viser til at det er igangsatt et kompetansesenter for mennesker med revmatiske lidelser ved Diakonhjemmets sykehus i Oslo. Komiteen ber om at slike tiltak også blir vurderet etablert ved sykehus i andre deler av landet.

Komiteen ser det som viktig at kompetansesenteret ved Diakonhjemmets sykehus har en "motor"-funksjon i dette arbeidet, og at en spesielt bygger opp kompetansen for sjeldne tilstander ved dette senteret.

Komiteen viser til at Conrad Svendsen senter på Nordstrand har 80 plasser og gir tilbud til en marginal målgruppe som består av døve med andre funksjonshemninger i tillegg. Komiteen er kjent med at mange av de som benytter dette senteret, kunne ha brukt andre rehabiliteringstilbud, men på grunn av kommunikasjonsproblemer får de best utbytte ved å få tjenesten ved dette senteret. Komiteen ser det som viktig at det snarest blir foretatt en avklaring vedrørende den videre drift av dette senteret.

Komiteen ber om at det blir vurderet å etablere en sentral kompetanseenheter med regionale konsulenter som kan gi kommunene nødvendig bistand i rehabiliteringsarbeidet for personer som har mistet hørselen.

Komiteen viser i denne forbindelse til en rapport utarbeidet av Astrid Marie Sund og Solfrid Langmark på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet, som omhandler hvilke konsekvenser det får for personer som mister hørselen på ulike alderstrinn.

Komiteen er klar over at hørselstapet virker inn på alle områder i livet, som kommunikasjon, sosial situasjon, situasjoner i samfunnet og forholdet til arbeidslivet.

Komiteen fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen vur dere i forbindelse med plan om helhetlig hørseleomsorg i henhold til Handlingsplan for funksjonshemmede å etablere en sentral kompetanseenhet med regionale konsulenter som kan gi kommunene bistand i rehabiliteringsarbeidet for personer som har mistet hørselen."

Komiteen viser til at behovet for rehabilitering for mennesker med psykiske lidelser er stadig økende, og at det kan tyde på at det er behov for nye og utradisjonelle rehabiliteringstilbud på dette området. Komiteen mener at behovet for flere rehabiliteringstilbud for mennesker med psykiske lidelser må vur deres, og at dette gjøres i nært samarbeid med brukernes organisasjoner. Komiteen viser til at første avdeling av Cato-senteret nå er etablert på Østlandet, og at flere fylkeskommuner kjøper tjenester hos dette senteret. Komiteen mener at slike tilbud må bli vur dert for godkjenning i forhold til innhold, behov og geografisk beliggenhet.

Komiteen viser til at Sunnaas sykehus er et av de fremste sentrene i landet for medisinsk rehabilitering, og komiteen ser det som meget viktig at dette sykehuset får utvikle sin kompetanse videre. Komiteen ser det også som viktig at Sunnaas sykehus kan framstå som et landsdekkende tilbud, minst på samme nivå som hittil. Komiteen mener at det må vur deres å videreutvikle Sunnaas sykehus til et nasjonalt kompetansemiljø i medisinsk rehabilitering.

Komiteen er også kjent med at Sunnaas sykehus har opparbeidet en stor kompetanse på følgetilstander og senskader etter poliomyelitt. Komiteen mener at det må vur deres å gi Sunnaas sykehus status som kompetansesenter på dette området for helseregion 1 og 2.

Komiteen viser til at Sunnaas sykehus eies og drives av Oslo kommune, men komiteen har merket seg at bare 30 pst. av de som benytter sykehuset, kommer fra Oslo. Komiteen ser det som viktig å få utredet hvor dan Sunnaas sykehus også i framtida kan inneha en landsdekkende funksjon, og hvor dan et nasjonalt kompetansesenter for rehabilitering kan knyttes til sykehuset.

Komiteen fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen vur dere hvor dan Sunnaas sykehus kan opprettholde en landsdekkende funksjon, og hvor dan dette sykehuset kan utvikles til et nasjonalt kompetansemiljø i medisinsk rehabilitering, samt vur dere statlig overtakelse."

Komiteen er kjent med at Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke driver et landsdekkende tilbud i Fana - Krokeide yrkesskole. Komiteen er videre kjent med at denne skolen driver yrkesmessig attføring og er godkjent som attføringsinstitusjon, og at det i tillegg drives ulike kurs og treningsopplegg for hjertesye. Komiteen har oppfattet at denne kombinasjonen av yrkesmessig tilbakeføring til arbeidslivet og medisinsk rehabilitering har gitt oppsiktsvekkende gode resultater for brukerne, og at mange har fulgt tre-

ningsoppleggene ved skolen også etter at de er kommet tilbake i jobb. Komiteen ber om at dette opplegget blir vur dert nærmere, og at det blir vur dert en finansieringsordning som er tilpasset denne form for rehabilitering og yrkesmessig attføring.

Komiteen er kjent med at en del bedrifter driver egne opplegg for å få yrkeshemmede tilbake til arbeidslivet, og at det her kan vises til gode resultater, bl.a. gjelder dette Statens vegvesen i Hor daland. Komiteen ser med stor interesse på slike tiltak for di mulighet til yrkesdeltakelse bedrer livskvaliteten for den det gjelder, og for di samfunnet har nytte av at mennesker i yrkesaktiv alder kan ha et arbeid, når dette er mulig. Komiteen ber om at det blir vur dert å iverksette stimuleringsiltak som sikrer at slike tiltak kan utvikles videre og at nye kan etableres.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, er ellers gjort oppmerksom på en rekke tilbud som har helse og rehabilitering som hovedoppgave, bl.a. bruk av hest i arbeidet med å bedre fysisk, psykisk og sosial helse, og danseterapi/helse-dans som et forebyggende- og rehabiliterende tilbud . Flertallet har fått opplysninger om at dette er tiltak som har gitt gode resultater, og flertallet mener at det bør vur deres om slike tiltak kan inkorporeres i et helhetlig habiliterings- og rehabiliteringstilbud.

6. HABILITERING AV BARN OG UNGE

6.1 Samandrag

Habilitering er eit målretta arbeid for å byggje opp og støtte fysiske, psykologiske og sosiale funksjonar hos barn og unge med funksjonshemmingar som er medfødde, eller som dei er blitt påfør de seinare i livet. Habilitering skal medverke til ein mest mogeleg sjølvstendig livssituasjon for den enkelte gjennom tilrettelegging og opptrening av den enkelte sin dugleik til å meistre aktivitetar i dagleglivet.

Kvar femte kommune har utarbeidd eigne planar for habilitering, eller planar der habilitering inngår. Fire av ti kommunar vur derer situasjonen som lite tilfredsstillande. Etter departementet si vur dering kan det lokale habiliteringsarbeidet betrast vesentleg, særleg i små kommunar.

Sosial- og helsedepartementet vil

- presisere det ansvaret kommunane har for habilitering av barn og unge, gjennom ei ny forskrift som vil omfatte både habilitering og rehabilitering,
- prioritere barn i samband med søknader om hjelpemiddel,
- be Rikstrygdeverket intensivere opplæringa og kompetansetiltaka om barnehjelpemiddel i kommunane og ved hjelpemiddelsentralane,
- betre vilkåra for habilitering gjennom sterkare fokus på sorgarbeid og førebygging av psykiske problem hos barn og unge med funksjonshemmingar og deira pårørande.

Når det gjeld habilitering i spesialisthelsetenesta, vil departementet

- videreføre det nasjonale kompetanseutviklingsprogrammet innanfor autisme på permanent basis,
- vurdere å etablere nasjonale kompetansesenterfunksjonar for habilitering ved Rikshospitalet/Berg Gård,
- vurdere å støtte oppretting av akademiske stillingar på habiliteringsfeltet ved universitetssjukehusa.

Departementet føreset at den fylkeskommunale habiliteringstenesta for barn og unge også orienterer seg mot kreftramma barn og unge, og om nødvendig etablerer samarbeid med onkologiske miljø og utviklar den nødvendige kompetansen. Gjennom arbeidet med Nasjonal kreftplan vil departementet styrkje dei regionale og fylkeskommunale tenestene og ta stilling til korleis oppfølgingsarbeidet av barn og unge som har hatt kreft, skal leggjast opp.

Sosial- og helsedepartementet vil i samarbeid med Kyrkje-, utdannings- og forskingsdepartementet oppnemne ei arbeidsgruppe for å utarbeide forslag til klarare ansvarsfor deling og betre ressursutnytting, samordning og samarbeid mellom tenestene for barn, unge og vaksne med samansette lærevanskar og funksjonshemmingar.

6.2 Komiteen sine merknader

Komiteen har merket seg at habiliteringsfeltet har lav prestisje innenfor legeprofesjonen og blant andre helsearbeidere, og komiteen mener at dette er den største grunnen til rekrutteringsproblemane på området. Komiteen ser det som viktig å heve statusen for slik virksomhet, bl.a. gjennom utdanningstilbudene. Komiteen mener også at det må vurderes andre rekrutteringstiltak for å sikre at habiliteringstilbudene kan holde en nødvendig standard, og at brukerne får de tilbud og tjenester de har krav på.

Komiteen oppfatter PP-tjenesten i kommunene som meget viktig i habiliteringsarbeidet, men komiteen har registrert at i flere kommuner og interkommunale PP-tjenester har mangelen på økonomiske ressurser medført at tjenesten er svekket. Komiteen ber om at denne viktige delen av habiliteringstjenesten blir undersøkt, og at det om nødvendig blir iverksatt tiltak som sikrer at brukerne får den hjelp de har krav på, uavhengig av bosted.

Komiteen støtter at det blir utarbeidet forslag til klarere ansvarsfor deling og bedre ressursutnytting, samordning og samarbeid mellom tjenestene for barn, unge og vaksne med sammensatte lærevansker og funksjonshemmingar.

Komiteen er enig i at kronisk sykdom og funksjonshemming hos barn kan gi store belastninger for familien, og at det må legges vekt på å frita foreldrene fra skyldfølelse og gi støtte til mobilisering av egne ressurser hos barnet.

Komiteen mener derfor at tilbudet til familier med funksjonshemmede barn bør samordnes og styrkes, og komiteen ber om at det blir vurdert en prøveordning med regionale kurscenter hvor bl.a. tjenesteytere kan delta sammen med bruker og familie.

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Fremskrittspartiet, Høyre og Sosialistisk Venstreparti, viser til Stortingets vedtak i forbindelse med behandling av Handlingsplan for funksjonshemma 1998-2001 (St.meld. nr. 8 (1998-99)) hvor det heter:

"Stortinget ber Regjeringen igangsette tiltak for å skaffe kvalifisert personell som kan sikre en videreutvikling av Petø-metodikk, (konduktiv opplæring), som et tilbud i habiliteringstjenesten, herunder fremlegge forslag til finansieringsmåte av tiltakene."

Flertallet viser til det omfattende arbeid som er lagt ned også i Norge for å utvikle Petø-metodikk, og flertallet forutsetter at en videreutvikling må bygge på de erfaringer som allerede foreligger.

Flertallet har fått opplysninger som kan tyde på at det skal igangsettes nye utredninger på områder som allerede er godt belyst.

Flertallet vil presisere at Stortingets vedtak peker mot konkrete tiltak og ikke en ny runde med utredninger.

Komiteens medlemmer fra Kristelig Folkeparti og Senterpartiet viser til brev fra Sosialministeren av 10. mai 1999 når det gjelder det videre arbeidet med Petø-metodikken og samarbeidet med Regionsykehuset i Tromsø. Disse medlemmer mener Stortingets intensjoner i denne saken er ivarettatt i og med at det er igangsatt arbeid med å se på hvor tilbudet skal organiseres, og mulighetene for å skaffe kvalifisert personell.

7. KUNNSKAP OG KOMPETANSE-UTVIKLING

7.1 Samandrag

Kartlegging som departementet har gjennomført, tyder på at det er store kunnskaps- og kompetansemanglar på rehabiliteringsfeltet. Departementet tek sikte på å redusere problema gjennom ei langsiktig satsing på kompetanseutvikling, gjennom utdanning, forskning, rettleiing og forsøksverksemd, og løpende ved å vurdere studiekapasiteten for viktige personellgrupper.

Departementet ser eit stort behov for å halde fram med forsøksverksemd i kommunesektoren, som i samarbeid med frivillig sektor og regionale og statlege instansar kan prøve ut ulike organisasjonsmodellar og metodar for brukarmedverknad og individuell planlegging.

For å sikre vidare kompetanse- og kunnskapsutvikling vil Sosial- og helsedepartementet etablere eit statleg kompetansesenter for heilskapleg rehabilitering

som kan vere pådrivar og nettverksbyggjar i kompetanseutvikling og -formidling. Departementet vil òg trappe opp støtta til forskings- og utviklingsaktivitetar og stø rehabiliteringsrelevant forskning under Noregs forskingsråd.

For å skape ein felles kunnskapsplattform og ei harmonisert kompetanseoppbygging vil Sosial- og helsedepartementet delvis i samarbeid med Kyrkje-, utdannings- og forskingsdepartementet

- vidareføre arbeidet med faglege rettleiarar,
- vidareføre tverrfaglege etterutdanningsopplegg,
- evaluere forsøk med vidareutdanning i rehabilitering, og vurdere innhaldet av rehabilitering i ulike grunnutdanningar med sikte på å lage ein rammeplan for yrkesgrupper med treårige høgskoleutdanningar,
- søkje å harmonisere innhaldet i vidareutdanningar i rehabilitering på høgskolenivå med innhaldet i spesialistutdanningar for legar og psykologar,
- prøve ut læreplan innanfor vidareutdanning i rehabilitering for helse- og sosialpersonell med vidaregåande opplæring.

Meldinga drøfter studiekapasiteten for visse personellgrupper som er involverte i rehabiliteringsorienterte oppgåver. Departementet har mellom anna merka seg at trass i aukande studiekapasitet har mange små og mindre kommunar framleis problem med å rekruttere fysioterapeutar og ergoterapeutar, og at fleire fylkeskommunar har problem med å rekruttere legar til habiliterings- og rehabiliteringsverksemda. For å sikre ei best mogleg dimensjonering av studiekapasiteten vil Kyrkje-, utdannings- og forskingsdepartementet i samarbeid med Sosial- og helsedepartementet vur dere utdanningskapasiteten innanfor fysioterapi- og ergoterapiutdanningane og gjennomføre ei kartlegging for å betre dokumentasjonen av tilbod og etterspørsel etter spesialpedagogar. Sosial- og helsedepartementet vil etter at behovet for nye legestillingar i samband med fastlegereforma er klarlagt, vur dere nye utdanningsstillingar innanfor rehabiliteringsorienterte legespesialistar.

7.2 Komiteen sine merknader

Komiteen har merket seg at kartlegging som er foretatt, viser at det fortsatt er store kunnskaps- og kompetansemangler knyttet til rehabiliteringsfeltet, og etter komiteens mening er mye av rekrutteringsproblemen knyttet til dette faktum.

Komiteen mener at funksjonshemming, habilitering og rehabilitering må få innpass i de akademiske disiplinene både ved universiteter og høgskoler, og komiteen ser det som ønskelig at det blir større grad av forskning på området. Komiteen er av den oppfatning at en slik satsing vil bidra til sterk bedring av kompetansen, og at det vil høyne status og interesse for dette fagfeltet. Komiteen mener også at brukererfaring må tillegges større vekt som kilde til kunnskaps- og kompetanseutvikling, blant annet ved at funksjonshemmedes organisasjoner trekkes aktivt med i utfor-

mingen av opplæring for personell og i utviklingen av forskningsarbeidet.

Komiteen ser positivt på det tverrfaglige etterutdanningsopplegget som er etablert, og støtter en videreføring av dette i alle deler av landet. Komiteen har merket seg at det er vanskelig å endre holdningene om at rehabilitering primært er en oppgave for helsetjenesten. Komiteen er enig i at det må gjennomføres en planmessig rekruttering til kursene om rehabilitering slik at bl.a. ansatte i skolen, trygdeetaten, arbeidsmarkedsetaten m.v. får tilført den nødvendige kunnskapen om alle sider ved rehabiliteringsfeltet.

Komiteen ser det som nødvendig for den framtidige tilgangen på kompetanse og for rekruttering av fagfolk at det blir utarbeidet en nasjonal plan for rehabilitering, og at de regionale helseplaner også tar med rehabilitering som et viktig helsetilbud.

Komiteen tror at en slik overordnet plan bl.a. vil skape den forutsigbarhet som er nødvendig i arbeidet for å gi fagfeltet status, øke kompetansen, bedre rekrutteringen og øke interessen for forskning på området.

8. STYRING - STATISTIKK OG RAPPORTERING

8.1 Samandrag

Det blir i meldinga peika på at statleg styring av rehabiliteringsverksemda i stor grad skjer gjennom rettleiande styringssignal og målformuleringar, og at denne forma for styring stiller høge krav til rapportering om den lokale verksemda til sentralforvaltninga, slik at rapporteringa kan gi grunnlag for eit samla oversyn over utviklinga av tenestetilbodet, og styrke det faglege tilsynet.

Det blir uttala at det er fleire problem knytt til gjeldande statistikk, og at eit hovudproblem er mangelen på talmateriale over omfanget av tverretatlege tiltak som brukarane går igjennom. Rehabilitering som fagfelt består av forhold som er vanskelege å talfeste, og det synest vanskeleg å utvikle presise, einsarta og gyldige indikatorar for tenestetilbodet.

Departementet ser det som vanskeleg å oppnå vesentlege betringar av statistikkjelder og rapporteringssystem på kort sikt, men vil i åra framover arbeide langsiktig og systematisk med sikte på å betre rapporteringa i forhold til måla på feltet. Departementet vil arbeide for å utvikle indikatorar for rehabilitering i kommunesektoren, og i tillegg vur dere utvalsundersøkingar med jamne mellomrom. Det vil bli vur dert om data om innsattsstyrt finansiering kan innlemmast i samdatarapporteringa, og i samarbeid med Statistisk sentralbyrå og Statens helsetilsyn vil departementet gjere endringar i årsstatistikken for kommunehelsetenesta for å betre registreringa av relevante personellgrupper og rehabiliteringsorientert verksemd.

9. REHABILITERING FOR DEN SAMISKE

BEFOLKNINGA

9.1 Samandrag

Det blir vist til at NOU 1995:6 Plan for helse- og sosialtjenester for den samiske befolkning peikar på at manglande språkleg og kulturell kunnskap hos fagpersonell kan verke hemmande på rehabiliteringsprosessen og på kommunikasjon og samarbeid mellom helsepersonell og den samiske brukaren/pårørande. Sametinget har oppretta ei referansegruppe som skal ta del i arbeidet med å følgje opp planen med ein handlingsplan. Referansegruppa legg særleg vekt på at samiske funksjonshemma i møtet med helse- og sosialarbeidarar kan få uttrykkje seg på sitt eige språk, slik at ønskje og behov blir forstått. Referansegruppa peikar på at innanfor den samiske befolkninga er det særleg personar med afasi, lidingar i muskel- og skjelettsystemet, kreft og psykososiale og samansette lidingar, og høyrse- og synshemma, som har særskilde behov for rehabilitering. Ofte vil det vere barn og eldre som vil ha størst problem med å meistre og forstå norsk språk i møtet med helse- og sosialtenesta. Referansegruppa har òg peika på at det i dag er stor mangel på samiskspråkleg personell som arbeider innanfor rehabiliteringsverksemda.

Departementet vil leggje forholda betre til rette for å auke tilgangen på samisktalende personar til rehabiliteringsrelevante studiar og fag ved ulike høgskular. Vidare vil departementet innleie ein dialog med Finnmark fylkeskommune om korleis ein innanfor ramma av den fylkeskommunale rehabiliteringsplanen, kan komme behova til samiske pasientar i møte på andre måtar. Når det gjeld opprettinga av eit eige habiliteringsteam for den samiske befolkninga, ser ikkje departementet dette som ei nasjonal, men som ei fylkeskommunal oppgåve. Departementet vil elles vidareføre Nor dnorsk IT-eining som gir eit desentralisert tilbod av IT-baserte hjelpemiddel til barn og unge i eit samhandlingsnettverk, og der samiske barn og unge er ei viktig målgruppe. Departementet vil også oppmode til interkommunalt samarbeid for å styrkje logopedtenesta. Det vil bli etablert ei fireårig prøveordning med eit utdanningsstipend til samisktalende personar innanfor utvalde og rehabiliteringsrelevante personellgrupper, og i samarbeid med Troms fylkeskommune vil ein vidareutvikle kompetansen i samisk språk ved Sonjatun helsesenter. Kyrkje-, utdannings- og forskingsdepartementet vil i løpet av våren 1999 utarbeide ei felles forskrift om opptak til høgare utdanning frå år 2000 som vil gi høve til å utforme kvoteringsreglar.

9.2 Komiteen sine merknader

Komiteens flertall, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kristelig Folkeparti, Høyre, Senterpartiet og Sosialistisk Venstreparti, er tilfreds med at meldinga går såpass grundig inn i spørsmålet om rehabiliteringstilbud til den samiske befolkning.

Flertallet er enig i at manglende språklig og kulturell kunnskap hos fagpersonell kan verke hemmende på rehabiliteringsprosessen og på kommunikasjon og samarbeid mellom helsepersonell og den samiske bru-

keren og pårørende. Flertallet ser det derfor som avgjørende viktig at tilgangen på fagfolk som behersker det samiske språk blir bedret, og flertallet støtter planene om å øke tilgangen på samisktalende personer til rehabiliteringsrelevante studier og fag ved ulike høgskoler.

Flertallet mener også at det må legges til rette for at fagfolk som allerede arbeider med rehabiliteringsrelaterte oppgaver, gis bedre muligheter for å lære seg det samiske språk.

Flertallet ser mange oppgaver som må løses for å kunne gi et tilfredsstillende rehabiliteringstilbud til den samiske befolkning, og flertallet vil derfor se det som nødvendig at kommunene i disse områdene og Finnmark fylkeskommune gis ekstra oppmerksomhet i arbeidet med sine planer for rehabilitering.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet kan ikke se at det er nødvendig å holde enkelte grupper av den norske befolkning utenfor den vanlige rehabiliteringsprosessen. At samer skal stilles utenfor det normale apparat, og at fagpersonell skal bruk tid og krefter på å utdanne seg spesielt for å behandle spesielle grupper av norske borgere, er etter disse medlemmers mening uakseptabelt. Disse medlemmer vil anta at det må være i alle norske borgeres interesse å være i stand til å fungere i det norske samfunn på alle plan, og særlig på områder som angår deres helse. Disse medlemmer vil minne om at det finnes en rekke grupper i Norge som har et annet språk enn norsk som morsmål, og at det ikke er mulig å sørge for at alle disse grupper får tilpasset spesielt utdannet rehabiliteringspersonell - eller annet helsepersonell. Disse medlemmer vil på denne bakgrunn ikke støtte at det gis ekstra oppmerksomhet til Finnmark fylkeskommune og særbehandling for enkelte deler av befolkningen i dette fylket.

10. ØKONOMISKE OG ADMINISTRATIVE KONSEKVENSA

10.1 Samandrag

Det blir peikt på at fleire av forslaga i meldinga inneber omfor deling innanfor dei gjeldande løyvingssammene. Ei nærmare tilknytning av oppreningsinstitusjonane til fylkeskommunane gjennom eit endra finansieringssystem vil innebere ein ny måte å kanalisere ressursar på innanfor dei rammene som ein har i dag. Tilpassinga av systemet med innsatsstyrt finansiering i spesialisthelsetenesta slik at det betre reflekterer ressursbruken innanfor medisinsk rehabilitering på sjukehus, vil skje gjennom ei omfor deling innanfor ISF-systemet.

For nokre tiltak vil det bli gitt meir detaljerte pålegg i form av forskrifter. I desse tilfella vil dei økonomiske og administrative konsekvensane til dels vere avhengige av korleis forskriftene blir utforma.

Ei forskrift med funksjonskrav til rehabilitering med utgangspunkt i lova om helsetenesta i kommunane, vil gi ei presisering og klargjering av oppgaver som det er venta at kommunane utfører i medhald av lova. Det blir

uttala at kommunen sitt ansvar for å stå for ein samordningsfunksjon i arbeidet ikkje nødvendigvis vil innebære at kommunen må etablere eller bygge opp nye administrative einingar. Departementet legg til grunn at det er eit vesentleg effektiviseringspotensial i kommunane og i ei betre samordning av dei kommunale tilboda med tilbod frå fylkeskommunen og andre offentlege instansar.

Forslaget om ei plikt til å utarbeide individuelle planar for personar med behov for langvarige og koordinerte tenester, er fremma i Ot.prp. nr. 10 (1998-99) Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m. Det blir uttala at ein eventuell moderat auke av ressursinnsatsen i samband med meir systematisk individuell planlegging må vegast opp mot dei effektivitetsgevinstane som vil bli frigjort, og opp mot konsekvensane av mangelen på slik planlegging. Det blir vist til nærmare vurdering av dei administrative og økonomiske verkknadene i Ot.prp. nr. 10 (1988-99).

I samband med ei omstrukturering av fylkeskommunale, somatiske langtidsinstitusjonar blir kommunane sitt noverande ansvar for grunnleggjande pleie-, omsorgs- og rehabiliteringstenester understreka. Det blir sett som føresetnad at ein nyttar eksisterande statlege støtteordningar for å flytte ut dei bebuarane som ønskjer det.

Utvikling av eit sentralt FoU-miljø for heilskapleg rehabilitering vil i utgreiingsfasen bli finansiert over departementet si FoU-løyving. Vidare finansieringsbehov vil bli vurderd i samanheng med statsbudsjettet. Det same gjeld finansiering av etter- og vidareutdanningstiltak på rehabiliteringsfeltet. Dette vil departementet komme tilbake til når føreslåtte evalueringar og utgreiingar er gjennomførte.

Ei ny ordning med tilbod om utleige av hjelpemiddel frå hjelpemiddelsentralane til kommunane er frå departementet si side føresett å vere kostnadsnøytral for folketrygda.

Det blir føreslått nærare utgreiingar av ei rad ulike spørsmål, til dømes når det gjeld kva rolle og oppgåver visse landsdekkjande institusjonar skal ha, sjukeheimane si rolle i det kommunale rehabiliteringsarbeidet, og om refusjonsordningane i folketrygda kan stimulere rehabiliteringsrelevant verksemd på ein betre måte. Konsekvensane av eventuelle forslag vil ein komme tilbake til når desse utgreiingane ligg føre.

11. FRAMLEGG FRÅ MINDRETAL

Framlegg frå Framstegspartiet og Sosialistisk Venstreparti:

Framlegg 1

Stortinget ber Regjeringen godkjenne rehabiliteringstilbudet for kreftpasienter ved Hauglandsenteret og komme tilbake til Stortinget med et forslag om finansiering som sikrer driften av senteret.

Framlegg frå Framstegsspartiet:

Framlegg 2

Stortinget ber Regjeringen gjennomføre samme finansieringsordning for rehabilitering ved opptreningsinstitusjonene som er gjort gjeldende for offentlige sykehus når pasienten er henvist fra lege eller sykehus.

Framlegg 3

Stortinget ber Regjeringen innføre et tak 2 i forbindelse med egenbetaling for kronisk syke.

12. KOMITEEN SI TILRÅDING

Komiteen viser til merknadene og til meldinga og rår Stortinget til å gjere følgjande

vedtak:

I.

Stortinget ber Regjeringen legge frem for Stortinget sak om en ordning med økonomisk kompensasjon til arbeidsgivere som ansetter uføre eller personer med redusert arbeidsevne, basert på at kombinasjonen av arbeid og trygd kan foregå ned til 20 pst. uførhetsgrad.

II.

Stortinget ber Regjeringen legge frem forslag om en ordning med statlig finansiering av utleie av hjelpemidler til kommunene fra hjelpemiddelsentralene, dekket gjennom Rikstrygdeverket.

III.

Stortinget ber Regjeringen legge fram forslag til finansieringsordning som sikrer framtidig drift og god kvalitet ved opptrenings/rehabiliteringsinstitusjonene.

IV.

Stortinget ber Regjeringen komme tilbake med forslag til regler for egenbetaling i forbindelse med rehabilitering utenfor sykehus. Forslaget må innebære at alle kan sikres tilgang på nødvendig rehabilitering, uavhengig av inntekt, bosted og sykdomskategori.

Forslaget forelegges Stortinget i forbindelse med neste års budsjett.

V.

Stortinget ber Regjeringen vurderer i forbindelse med plan om helhetlig hørselsomsorg i henhold til Handlingsplan for funksjonshemmede å etablere en sentral kompetanseenhet med regionale konsulenter som kan gi kommunene bistand i rehabiliteringsarbeidet for personer som har mistet hørselen.

VI.

Stortinget ber Regjeringen vurderer hvor dan Sunnaas sykehus kan opprettholde en landsdekkende funksjon, og hvor dan dette sykehuset kan utvikles til et

nasjonalt kompetansemiljø i medisinsk rehabilitering,
samt vur dere statlig overtakelse.

VII.

St.meld. nr. 21 (1998-99) Ansvar og meistring. Mot
ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk – vedlegges
protokollen.

Oslo, i sosialkomiteen, den 11. mai 1999.

John I. Alvheim,
leiar.

Bendiks H. Arnesen,
ordførar.

Are Næss,
sekretær.